

11) A IMPORTÂNCIA DO CURATIVO A VÁCUO EM PERITONIOSTOMIA.

Autor: Wostenildo Crispim Ramalho.

Coautores: Tarcísio José Cysneiros da Costa Reis; João Karimai; Eduardo Miranda Brandão; Natália de Oliveira Dias Macedo; Lucas Martins Ximenes; Nildevande Firmino Lima Júnior.

Instituição: Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC –UPE.

SFS, masculino, 50 anos, chegou ao serviço com queixas de dor epigástrica, perda ponderal em torno de 19 Kg em três meses e disfagia para sólidos. Realizou Endoscopia Digestiva Alta em janeiro do corrente ano, a qual demonstrou uma lesão ulcerada de corpo e antro gástrico. EDA, sugestiva de Linite Plástica. O resultado do anátomo patológico confirma a existência de um adenocarcinoma pouco diferenciado, com células em Anel de Sinete. Realizou tomografia do abdome total, o qual reforçou a impressão de se tratar de um caso de Linite Plástica. O paciente é tabagista e etilista pelos últimos 30 anos. Não apresenta histórico familiar de neoplasias conhecidas na família. Não apresentava queixas hemorrágicas. O PS Score –ECOG do paciente foi 1. Foi colocado em programação de Quimioterapia Peri-operatória com DCF (DCF 3X + cirurgia + DCF 3x). O paciente foi submetido à gastrectomia total com linfadenectomia D1, em virtude do intra-operatório ter-se observado múltiplos implantes peritoneais. A cirurgia transcorreu sem intercorrências, bem como o pós-operatório imediato, recebendo alta hospitalar no nono DPO. Todavia, retornou quatro dias após, com forte dor abdominal e vômitos. Foi internado, iniciada hidratação, antibiótico-terapia e levado ao bloco cirúrgico, cujo achado, demonstrou peritonite difusa por fístula esôfago-jejunal. Em virtude do grande edema de alças e distensão, foi optado por colocar o paciente em peritoneostomia e levado à UTI (fotos 1, 2 e 3). No dia seguinte foi instalado curativo à vácuo (foto 4). Após cinco dias, foi retirado o primeiro curativo (foto 5) e instalado o segundo curativo (foto 6). Naquele momento, já estava demonstrada a melhora da condição local do abdome, com selamento das alças, ausência de coleções abdominais e a fístula orientada. O paciente já se encontrava extubado, sem drogas vaso-pressoras e com parâmetros clínicos e metabólicos controlado. Assim permaneceu por mais quatro dias, quando veio a apresentar parada cardíaca súbita e choque cardiogênico, seguido por grande instabilidade hemodinâmica, refratária à terapêutica, seguida por óbito. O quadro foi sugestivo de IAM ou embolia pulmonar maciça, todavia, foi fornecida a declaração de óbito sem encaminhamento ao serviço de verificação de óbitos local. O presente caso, ilustra bem a importante contribuição da terapia à vácuo em pacientes com Abdome Aberto. Tal procedimento, promove a retirada do exsudato inflamatório do abdome, retirada de líquidos, com diminuição dos edemas, diminui a concentração de oxigênio no meio, dificultando assim, o crescimento bacteriano, e ainda, por outro lado, estimula a oxigenação tecidual e a granulação tecidual, melhorando as condições locais peritoneais e controle do foco infeccioso e facilitando o fechamento definitivo da parede abdominal. O anátomo patológico da peça cirúrgica estadiou o paciente como T4 N2 M1.